

Quelques points de Technique relatifs

AU

Traitement Chirurgical

du Varicocèle

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 12 Mai 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

GUSTAVE GÉRAL

Né le 14 Juillet 1894, à Montauban (Tarn-et-Garonne)



LYON

IMPRIMERIE EXPRESS

46, rue de la Charité, 46

—
1921

Quelques points de Technique relatifs

AU

TRAITEMENT CHIRURGICAL

du Varicocèle

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. J. LEPINE..... Doyen.
ROQUE..... Assesseur.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements.....	BARD
Clinique ophtalmologique	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	BERARD
Clinique neurologique et psychiatrique.....	FABRE
Clinique des maladies des enfants.....	ROLLET
Clinique des maladies des femmes.....	NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires.....	WEILL
Clinique chirurgicale des maladies des enfants.....	POLLOSSON (A.)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	LANNOIS
Chimie biologique	ROCHET
Chimie organique et Toxicologie.....	NOVE-JOSSERAND
Matière médicale et Botanique.....	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	HUGOUNENQ
Anatomie	MOREL
Anatomie générale et Histologie.....	MOREAU
Physiologie	GUIART
Pathologie interne	LATARJET
Pathologie et Thérapeutique générales.....	POLICARD
Anatomie pathologique	DOYON
Médecine opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée.....	MOURIQUAND
Médecine légale	PIAVOT
Hygiène	VILLARD
Thérapeutique	ARLOING (F.)
Pharmacologie	Etienne MARTIN
	COURMONT (P.)
	PIC
	FLORENCE (A.)

PROFESSEURS ADJOINTS

Pathologie externe.....	VALLAS
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN
Chimie minérale	BARRAL
Accouchements	COMMANDEUR
Urologie	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Embryologie	HOVELACQUE
Anatomie topographique.....	PATEL
Botanique	BRETIN
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	SAVY	HOVELACQUE	ROUBIER
BRETIN	FROMENT	TRILLAT	FAVRE
LERICHE	THEVENOT (Lucien)	SARVONAT	MURARD
THEVENOT (Léon)	PIERY	FLORENCE (G.)	BONNET
TAVERNIER	COTTE	ROCHAIX	GRAVIER, chargé des
CADE	DUROUX	CORDIER	fonctions.
GARIN			

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. VILLARD, *Président*; M. THEVENOT Léon, *Assesseur*;
MM. COTTE et BONNET, *Agrégés*.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1920-1921. — N° 212

Quelques points de Technique relatifs

AU

Traitement Chirurgical

du Varicocèle

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 12 Mai 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

GUSTAVE GÉRAL

Né le 14 Juillet 1894, à Montauban (Tarn-et-Garonne)



LYON

IMPRIMERIE EXPRESS

46, rue de la Charité, 46

—
1921





Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PÈRE

A MA MÈRE

Faible témoignage de ma grande
reconnaissance et de ma profonde
affection.

A MA SŒUR ET AUX SIENS

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VILLARD

Chevalier de la Légion d'honneur

Pour le très grand honneur qu'il
nous fit en acceptant la présidence de
cette thèse.

A MONSIEUR LE MÉDECIN-MAJOR PLISSON

Agrégé du Val-de-Grâce

Chevalier de la Légion d'honneur

Qui a bien voulu nous inspirer le
sujet de cette thèse et nous prodiguer
ses conseils, hommage de notre grati-
tude et de notre profond respect.

INTRODUCTION

Le varicocèle est une affection très commune dans l'armée. Ce sont les statistiques militaires qui nous renseignent sur sa fréquence. En effet, si c'est à la puberté qu'il débute, au moment où naissent la force des muscles et l'activité des organes génitaux, il reste très souvent latent jusqu'à l'incorporation. Les efforts et les fatigues du service militaire le révèlent à celui qui en est porteur, le « créent » dans son esprit, comme elles « créent » la hernie, transformant en état pathologique une simple déficience physique.

Le professeur Mignon, du Val-de-Grâce, écrit que 1/5 des hommes de vingt ans est atteint d'une dilatation notable des veines spermatiques.

Curling, médecin militaire anglais, trouva, sur 166.317 sujets examinés en dix ans, 3.911 impropres au service pour cause de varicocèle, ce qui fait une moyenne de 23 pour 1.000.

En France, où la sélection est moins rigoureuse, la proportion n'est que de 3 pour 1.000, mais nombreux sont ceux dont le varicocèle s'aggrave ou se révèle après leur incorporation.

Le plus grand nombre d'entre eux ne sont pas à vrai dire justiciables d'une intervention chirurgicale. Le traitement médical existe pour les varices du cordon, comme pour les varices du membre inférieur et le suspensoir, quoique souvent difficile à supporter, peut jouer ici le même rôle que le bas élastique. Le Fort prétend, en outre, que la disparition spontanée de cette affection est fréquente vers l'âge de trente ans.

Cependant, le nombre des varicocèles qui doivent être opérés parce qu'intolérables soit par exagération de leurs symptômes, soit par l'obstacle qu'ils apportent à la vie active surtout dans le métier militaire, soit encore par la difformité, source d'hypocondrie et de timidité génitale dans les rapports sexuels, est encore considérable.

La cure chirurgicale n'est pas très en honneur parmi les chirurgiens qui la considèrent comme une intervention de débutants. C'est ainsi que le professeur Mignon écrit, à ce sujet, dans son livre de clinique: *Les Affections chirurgicales dans l'armée*: « On n'est pas autorisé à se faire classer parmi les chirurgiens parce qu'on a opéré quelques varicocèles... » On pourrait cependant ajouter à cette opinion une autre assertion souvent justifiée, à savoir que beaucoup de chirurgiens parfaitement qualifiés et qui méprisent la cure chirurgicale du varicocèle ne lui appliquent pas toujours une méthode rationnelle déduite de la connaissance de la pathogénie et de l'évolution de cette affection, mais simplement un traitement symptomatique.

Donc, aussi banale que paraisse tout d'abord cette étude, elle mérite une certaine considération.

De plus, les méthodes de traitement chirurgical sont

très nombreuses, et leur nombre même indique suffisamment qu'aucune d'elles n'est vraiment satisfaisante. Si toutes ont donné des succès, toutes ont donné des déboires. Toutes ont des partisans et des détracteurs. Nous avons pu nous en rendre compte en lisant quelques discussions sur ce sujet dans les *Sociétés de Chirurgie*.

C'est pour ces raisons que nous avons jugé utile, après avoir exposé comment nous concevions le traitement chirurgical du varicocèle, de décrire en détail les différents temps d'une intervention qui n'a pas la prétention d'être une méthode nouvelle, mais de réaliser, par quelques détails de technique, une cure chirurgicale rationnelle du varicocèle basée sur la pathogénie et l'évolution de cette affection.

Ce procédé, personnel à M. le médecin-major Plisson, nous a été enseigné par lui-même, sur la table d'opération, à l'hôpital Desgenettes. Il nous a séduit par sa logique, l'élégance et la solidité du résultat qu'il permet d'obtenir.

CHAPITRE PREMIER

RAPPEL ANATOMIQUE ET PATHOLOGIQUE

Ce chapitre est nécessaire pour rappeler :

1° Quelles sont les lésions du varicocèle ?

2° Quels sont les rapports pathogéniques qui les réunissent entre elles, c'est-à-dire quelle est la lésion causale primitive et quelles sont celles qui ne sont que secondaires ?

I. — LÉSIONS DU VARICOCÈLE

Varices et leurs variétés. — D'abord les varices: on trouve partout, en effet, le varicocèle défini: une dilatation variqueuse des veines spermatiques. Les veines de la région testiculo-épididymaire remontent par la voie du cordon vers l'orifice inguinal. On peut distinguer trois courants que l'on désigne sous le nom de l'artère qu'ils accompagnent: un antérieur qui part du testicule ou de

la tête de l'épididyme et forme deux ou trois gros troncs tout autour de l'artère spermatique et en avant du déférent ; les deux autres, postérieurs, beaucoup moins volumineux, proviennent de la queue de l'épididyme et suivent le trajet des artères déférentielles et funiculaires. Entre eux, de nombreuses anastomoses remarquables surtout juste au-dessus de l'épididyme, de la tête à la queue de cet organe ; il existe aussi d'autres anastomoses importantes avec les veines des enveloppes scrotales.

Dans les cas de varicocèle, toutes ces veines deviennent plus ou moins grosses, élargies, flexueuses, gorgées de sang, semblables, disent les comparaisons classiques, à des intestins de poulet ou des amas de vers. Peu à peu et à des degrés différents selon les cas, leurs parois s'hypertrophient à la suite des lésions de phlébite chronique, leur tunique moyenne, siège d'une hyperplasie du tissu conjonctif, finit par être constituée par du tissu fibreux ; on peut même voir, comme le décrit Escalier (1), le tissu cellulaire environnant, qui est souvent indemne, ce qui permet alors d'isoler facilement les veines, participer lui aussi à cette inflammation chronique, surtout dans les paquets péri-testiculo-épididymaires, pouvant former une sorte de tumeur angiomateuse.

En un mot, la lésion tend à devenir définitive, c'est-à-dire une lésion qui ne pourra régresser et sur laquelle l'exérèse seule aura une action.

Suivant le siège de prédominance des varices, on peut distinguer deux groupes et nous verrons, plus loin, l'im-

(1) ESCALIER, *Mémoire de la Société de Chirurgie*, 1851, tome II, page 66.

portance thérapeutique de cette distinction. D'une part, les varices œnglomérées périépididymaires et, en particulier, les amas variqueux de la queue de l'épididyme; d'autre part, les grosses dilatations portant sur les troncs mêmes des veines du cordon, flexueuses et épaissies, avec dilatations moins importantes des veinules d'origine. Dans ce dernier cas généralement on admet que ce sont les veines du groupe antérieur qui sont variqueuses; d'après Horteloup, au contraire, celles du groupe postérieur seraient plus souvent le siège de dilatations.

Cordon. — Quoi qu'il en soit, et tout en tenant compte au point de vue opératoire de toutes ces modalités de prédominance des varices en tel ou tel point, dans son ensemble, le cordon grossi, flexueux et allongé, a la forme d'un cône dont le sommet est supérieur et la base pèse lourdement sur le testicule et le fond du scrotum. Au lieu d'aider à la suspension de la glande, comme le fait un cordon normal, grâce à la contractilité du crémaster, il facilite encore l'orchidoptose par suite des lésions dégénératives qui atteignent ses différents tissus.

Testicule et épididyme. — Au fond de la bourse gauche, caché sous les amas variqueux qui le débordent de tous côtés, on sent le testicule ptosique et quelquefois l'épididyme. Si les varices sont localisées spécialement à la queue de l'épididyme, variété de varicocèle décrite pour la première fois par Doumengue (1), on peut mieux percevoir la tête de cet organe libre dans la vaginale.

Par suite de la mauvaise circulation dans les vaisseaux, on constate assez souvent un commencement d'atrophie

(1) DOUMENGUE, *Thèse de Paris*, 1875.

de la glande en la comparant à celle du côté opposé, surtout, comme le fait observer Segond, quand le varicocèle s'est développé rapidement. Le testicule est plus petit, de consistance moins élastique. D'après Reclus, son tissu paraît comme lavé, infiltré de sérosité. Le chirurgien n'a aucune action directe sur ce symptôme qui inquiète parfois beaucoup le malade au point de le décider à réclamer une intervention. « L'homme est, en effet, très impressionné par toutes les affections qui entraînent une menace contre sa virilité. » (Diday.) Il faut seulement avoir soin de prévenir le malade de l'état de son testicule avant l'opération, et savoir qu'après une bonne cure radicale régularisant la circulation, la glande peut reprendre son volume et sa consistance normale.

Scrotum. — Mais nous allons trouver dans le scrotum des lésions beaucoup plus importantes au point de vue chirurgical.

Constitué principalement par une peau très mince, demi-transparente quand elle est étirée, couverte de poils, très riche en glandes sudoripares et sébacées, donc difficile à désinfecter, et par le dartos contractile qui adhère intimement à la peau et lui donne son aspect ridé et son élasticité, le scrotum a comme caractère prédominant d'être très extensible surtout lorsque, comme dans le cas de varicocèle, aux prédispositions physiologiques viennent s'ajouter les lésions dégénératives dues aux troubles de la circulation dans une région richement vascularisée.

Aussi voyons-nous souvent le malade se présenter avec un long scrotum qui a perdu sa tonicité et ne joue plus son rôle de suspensoir contractile, un scrotum gênant,

disgracieux, inesthétique, en battant de cloche, « la Gibe-cièrre dépassant le fusil » suivant l'expression de Pousson, avec « un réseau saillant de vaisseaux rampant sous la peau en forme de ceps de vigne » (Forgue et Reclus), et quelquefois, à sa surface, des troubles vaso-moteurs : augmentation de la sécrétion cutanée scrotale (Landouzy) et des troubles inflammatoires : eczémas et excoriations.

En résumé, nous trouvons comme lésions anatomiques du varicocèle : les varices, la chute et l'atrophie du testicule, l'élongation du cordon et du scrotum.

II. — RAPPORT PATHOGÉNIQUE ENTRE CES DIFFÉRENTES LÉSIONS

Mais ce qu'il faut bien avoir présent à l'esprit, c'est que toutes ces lésions ne doivent pas être mises sur le même plan. La lésion primitive, la lésion mère de l'affection siège dans le système veineux, dans les varices du cordon et périépididymaires, telles que nous les avons étudiées plus haut. La cause première du varicocèle est une prédisposition constitutionnelle que Ch. Périer appelle « le défaut de qualité de l'étoffe veineuse ». Cette prédisposition est indispensable. A cette cause initiale, nécessaire, s'ajoute une foule d'autres causes secondes, déterminantes et adjuvantes, d'ordre anatomique, physiologique, pathologique, mais qui ne jouent qu'un rôle auxiliaire.

Et, au fur et à mesure qu'augmente et se constitue l'ectasie des troncs veineux principaux, les veinules secondaires se développent. C'est alors que nous voyons appa-

raître, par suite des anastomoses entre toutes les veines du cordon, du testicule et du scrotum, les troubles de la circulation dans tous ces organes engendrant les lésions dégénératives: atrophie ou ramollissement de la glande, perte de la contractilité du crémaster et du dartos, orchidoptose et allongement du scrotum.

Toutes ces lésions, à leur tour, réagissent les unes sur les autres; une d'entre elles peut devenir prédominante; mais, malgré l'importance qu'elles peuvent acquérir, elles ne sont jamais que secondaires, et il faut bien comprendre que s'attaquer à elles seules, c'est ne faire qu'un traitement symptomatique.

CHAPITRE II

DÉDUCTION CLINIQUE DES FORMES ANATOMO-PATHOLOGIQUES ET INDICATIONS OPÉRATOIRES

Toutes ces lésions anatomiques que nous venons d'étudier dans leurs formes et dans leurs origines se combinent diversement pour constituer différents types cliniques suivant la prédominance des lésions veineuses ou scrotales.

Voici comment nous pouvons les classer :

1° D'abord le grand varicocèle flasque que l'on trouve surtout chez ceux qui sont atteints de « diathèse variqueuse » avec hémorroïdes et varices des membres inférieurs. Un long scrotum très allongé, s'allongeant encore après une marche ou un effort, mais ne revenant jamais à la normale, peu douloureux, gênant surtout quand il fait chaud, et inesthétique. La peau mince, sillonnée de veines est moite, demi-transparente, et à travers elle on

peut voir les gros paquets veineux ectasiés. Le testicule est généralement petit, suspendu à un gros pédicule, et c'est surtout à sa partie postérieure et même au-dessous de lui que l'on sent les paquets de varices qui pèsent sur le fond du scrotum.

En résumé, varicocèle peu douloureux, mais persistant, gênant par sa masse et inesthétique.

2° Un autre type est le varicocèle moyen. Après une fatigue, un effort, sur le sujet debout on constate que la bourse gauche descend à 5 ou 6 centimètres plus bas que la bourse droite. Au contraire le matin, après le repos de la nuit, on est en présence d'un scrotum normal, sans signe de dégénérescence, qui ayant conservé sa tonicité, a profité de ce que le sang n'engorgeait plus les veines avec la même pression, pour revenir sur lui-même.

A la palpation, on sent un testicule sain et des varices soit surtout prédominantes le long du cordon, plus volumineux que normalement, soit en plus d'un cordon épaissi un amas variqueux, véritable tumeur, angiome caverneux près de la queue de l'épididyme.

Quand le sang affluant pour une cause quelconque : fatigue, marche ou station debout prolongées, comprime au milieu de ce tissu scléreux les ramifications des nerfs (Landouzy), le varicocèle devient douloureux. Cette douleur est tantôt réduite à une sensation de poids et de gêne dans les bourses avec un endolorissement de l'aîne et des lombes, une lourdeur et un tiraillement le long du cordon, tantôt c'est une véritable crise, exagérée quand le temps est chaud et trop hygrométrique. Ces accès douloureux ont un siège inguino-scrotal; en quelques cas,

ils s'irradiënt aux lombes, se propagent vers les reins ou vers le périnée, et s'étendent vers la verge.

En résumé, cette deuxième forme, opposée à la première surtout inesthétique et gênante, se manifeste pour le malade principalement par des phénomènes douloureux ou pénibles à l'occasion des efforts.

3° Enfin, on peut encore trouver un petit varicocèle constitué par quelques varices limitées à la queue de l'épididyme. A l'inspection, rien de particulièrement notable; le scrotum est normal. A la palpation on sent à la queue de l'épididyme un petit noyau qui s'indure secondairement et qu'il faut alors différencier des noyaux tuberculeux ou blennorragiques. Cette forme est souvent douloureuse, ou considérée comme telle par les malades qui en sont porteurs. Ceux-ci sont fréquemment des hypochondriaques, des névropathes, qui concentrent toute leur attention sur leur affection et passent leur temps à combiner tous les moyens susceptibles d'atténuer leurs souffrances.

En résumé, de cette analyse que résulte-t-il ? C'est qu'il y a deux symptômes prédominants qui caractérisent les varicocèles : la difformité et la douleur.

Nous rangeons parmi les varicocèles disgracieux, ceux de la première catégorie dont le scrotum est continuellement déformé, la bourse gauche ptosique descendant notablement plus bas que la bourse droite. Ceux-ci sont faciles à distinguer, nous n'insisterons pas.

La discrimination du varicocèle douloureux est plus difficile à établir. En effet :

1° On ne peut pas se baser sur la grosseur du varicocèle pour juger de la gêne qu'il provoque; à ce point de

vue, comme nous venons de le voir, les grands varicocèles avec grosses dilatations veineuses, scrotum flasque et très distendu, sont souvent plus gênants que douloureux, et au contraire certains petits varicocèles constitués par de simples amas variqueux réunis au niveau de la queue de l'épididyme sont quelquefois réellement douloureux.

2° On ne peut pas non plus se fier aux plaintes du malade, sans rapport parfois avec l'intensité de la douleur; qu'on ait affaire soit à un soldat qui peut avoir des raisons extra-médicales de solliciter une intervention, soit à un névropathe ce qui est loin d'être rare chez les porteurs de varicocèle.

On doit se demander, dit Forgue, si le malade n'est pas plus irritable que le varicocèle n'est douloureux. Et cela pour deux raisons : d'abord pour ne pas opérer un varicocèle qui n'exige pas une intervention, ensuite pour ne pas entreprendre une cure chirurgicale chez un névropathe, ce qui est bien souvent sans utilité pour le malade, mais non sans inconvénient pour le chirurgien.

CHAPITRE III

MÉTHODES CHIRURGICALES

Les méthodes chirurgicales proposées pour la cure du varicocèle sont très nombreuses.

Si elles sont en si grand nombre, c'est qu'aucune d'elles n'est entièrement satisfaisante, sans quoi on se serait tenu à un ou deux procédés avec quelques variantes.

Il semble tout d'abord qu'en posant la question, comme nous l'avons fait sur son vrai terrain : « Quelle est la lésion essentielle du varicocèle, quelles en sont les conséquences et les complications ? », il doive être facile, après avoir éclairci ces différents points, de trouver la solution du problème thérapeutique.

La lésion fondamentale est la lésion veineuse, l'élongation du scrotum et du cordon ne sont que des lésions secondaires. Il y a donc lieu de penser que, pour faire une vraie cure radicale, il faudra s'attaquer d'abord aux varices, ensuite remédier aux lésions secondaires.

Cependant, parmi les chirurgiens, si les uns ont pratiqué la résection des veines variqueuses, d'autres se sont contentés de diminuer le scrotum devenu trop grand, d'autres de resuspendre le testicule ptosique. Ils ont ainsi fait un traitement orthopédique, palliatif, mais pas une cure radicale, puisque la lésion anatomique cause de tout le mal reste intacte.

Pourquoi cela ? Pour plusieurs raisons.

Cette répugnance à agir sur les varices vient de ce que le varicocèle étant une affection bénigne, on a voulu trouver un traitement qui ne fasse courir aucun risque à l'opéré.

Guy de Chauliac, au XV^e siècle, conseillait de n'opérer la « hernie variqueuse » que lorsqu'on était « fort importuné de prières et après avoir prédit le danger ». A cette époque on redoutait particulièrement les opérations sur les veines. Maintenant nous n'en parlons que pour mémoire.

Aujourd'hui, certains trouvent dangereux de lier et réséquer les veines du cordon. Il y a là des organes délicats à ménager. Les observations d'atrophie ou nécrose du testicule après résection variqueuse sont rares, mais elles existent.

Une d'entre elles est particulièrement connue à cause du fait suivant : le chirurgien Delpech, de Montpellier, fut tué d'un coup de revolver par un de ses anciens malades, chez qui l'opération d'un varicocèle bilatéral avait entraîné une atrophie testiculaire double.

Pièirement, dans une thèse de Lyon, rapporte une observation, communiquée par M. le professeur Rochet, de nécrose testiculaire après une cure radicale de vari-

cocèle, sans complications septiques, le déférent et toutes les artères étant intacts, avec des résections veineuses pas trop larges, peut-être par torsion du déférent, peut-être par excision nerveuse trop étendue.

Et cette observation, rare il est vrai, montre combien le chirurgien peut rencontrer dans le cordon d'embûches capables de transformer le pronostic d'une opération qui n'est quelquefois qu'une opération de complaisance.

Enfin, ceux qui ont cherché pour opérer le varicocèle à faire autre chose que la ligature et la résection des veines variqueuses avaient encore une autre raison : c'est que cette méthode qui, en théorie, est essentiellement très radicale, ne l'est pas absolument en fait. D'après certains les récidives sont assez nombreuses. Condo di Satriano, pour justifier la méthode de Parona, s'appuie sur une observation de ce genre. Lucas Championnière dit même qu'après de nombreux cas de récidives survenant à la suite de résection des veines, il a été conduit à pratiquer la résection du scrotum qui lui a donné des résultats meilleurs.

Voilà donc de bonnes raisons pour expliquer la multiplicité des procédés opératoires.

Rappeler tous ces procédés pour les discuter serait fastidieux. On peut cependant les étudier en les classant en catégories bien distinctes.

Dans les unes on s'attaque aux veines variqueuses, dans d'autres on s'efforce de diminuer la capacité des bourses, dans d'autres on corrige l'orchidoptose. Enfin, on peut combiner ces différents procédés dans une seule opération.

I. — RÉSECTION DU SCROTUM

Le principe de la résection du scrotum est basé sur l'observation de Nélaton qui avait remarqué qu'en diminuant la hauteur des bourses à l'aide d'un anneau placé au-dessous des testicules, on soulageait beaucoup les sujets atteints d'un varicocèle douloureux. D'où certains chirurgiens tentèrent de retrancher une portion de la peau devenue trop longue du scrotum. C'est là une opération facile; seul l'hématome est à craindre. On s'est ingénié à la faciliter encore par de nombreux procédés spéciaux.

Disons-le tout de suite : cette méthode a donné beaucoup de bons résultats et c'est celle qui est le plus communément employée.

Mais les cas de récurrence sont cependant assez nombreux. Annequin a constaté 21 fois des récurrences sur 67 cas traités par simple scrotoctomie, et Horteloup, qui cependant a préconisé cette méthode en France, disait à la *Société de Chirurgie de Paris*, en 1889 que, ayant vu survenir des récurrences plus ou moins rapides, tant qu'il avait pratiqué la résection simple du scrotum, il avait été amené à réséquer en même temps les veines du cordon. Depuis lors, sur près de 35 opérés, il n'a pas vu survenir de récurrence.

Les critiques que nous ferons à cette méthode seront de deux sortes :

1° Ne pas faire disparaître le paquet variqueux souvent douloureux qui continuera à peser sur ce nouveau scrotum toujours mal irrigué.

2° La résection des enveloppes scrotales suivie d'une simple suture cutanéodartroïque n'est pas suffisante pour reconstituer un bon suspensoir élastique sans être extensible.

Nous pensons donc que cette méthode est nettement insuffisante.

II. — ORCHIDOPEXIE

Un deuxième groupe de procédés consiste à s'attaquer à l'orchidoptose. Parmi ceux-ci, le plus connu est le procédé de Parona, s'inspirant de la méthode proposée par Jaboulay et Doyen pour le traitement de l'hydrocèle. Il consiste essentiellement à engainer le cordon et ses varices dans la vaginale retournée en doigt de gant, et à créer de la sorte, un suspensoir séreux en fixant le sac vaginal au pubis et aux piliers de l'anneau inguinal.

Comme la précédente, cette méthode pêche par insuffisance, laissant en place l'élément morbide principal : les veines variqueuses; transformant un varicocèle extravaginal en un varicocèle intra-vaginal, si toutefois on a réussi à faire contenir tout le paquet variqueux dans la vaginale retournée. De plus, le scrotum n'est pas diminué, le testicule est privé de sa vaginale saine, et est fixé à une place anormale.

III. — RÉSECTION DES VARICES

La résection des varices a ce gros mérite de s'attaquer à la lésion causale, et par là, d'être un vrai traitement étiologique : « *Sublata causa tollitur effectus* ».

Quelques grosses veines variqueuses étant isolées du

canal déférent et de l'artère spermatique, on en délimite une portion aux deux extrémités de laquelle est placée une ligature; on résèque la portion intermédiaire.

La plupart des chirurgiens, pour faciliter l'opération, tendent à pratiquer cette résection le plus haut possible. Ils ont ainsi affaire à des veines plus grosses, moins nombreuses, plus facilement isolables. Certains même, pour éviter le champ opératoire ennuyeux du scrotum, ont comme Narath, préconisé d'agir sur les veines dans le canal inguinal qu'ils referment ensuite par le procédé de Bassini, et M. Chaliier (1), dans la thèse de Bonnardot, donne deux observations de varicocèles opérés par la voie inguinale.

Nous pensons que le plus souvent ces méthodes sont aussi insuffisantes, et entraînent les récidives si souvent signalées, notamment comme nous l'avons vu par Lucas-Championnière.

En reséquant seulement les troncs principaux on supprime bien les organes de transmission de la pression veineuse, mais on laisse en place des paquets variqueux périépididymaires si fréquents, qui continuent à être alimentés par la circulation artérielle, et autour desquels les nerfs réagissent douloureusement.

IV. — PROCÉDÉS MIXTES

Enfin, dans une quatrième classe de procédés, on combine les méthodes précédentes. C'est dans cette catégorie que rentre la méthode que nous préconisons.

(1) BONNARDOT, *Thèse de Lyon*, 1920.

a) L'intervention sur les veines est nécessaire, mais elle doit être comprise de deux façons différentes suivant le développement relatif des varices des troncs principaux ou des troncs d'origine. Dans le premier cas, quand il s'agit surtout de varicocèle avec grosses varices du cordon, on peut se contenter de la résection des veines variqueuses dans le cordon. Au contraire, si le varicocèle se manifeste surtout par une tumeur variqueuse localisée autour de l'épididyme, il vaut mieux réséquer directement cette tumeur que d'agir sur elle à distance, par la résection des veines du cordon.

b) Ensuite si on s'adresse à un scrotum allongé, il faut faire une résection large au point de paraître excessive, dit Wickham; nous indiquerons plus loin la manière de réaliser ce point.

Mais il ne suffit pas de suturer ensuite simplement la peau. Il faut refaire un nouveau scrotum élastique, peu extensible, capable de soutenir le testicule en bonne place.

Voici comment M. le médecin-major Plisson a réalisé cette reconstitution, en se basant sur le rappel d'une donnée anatomique bien connue. Il est en effet un point particulièrement résistant et élastique dans la paroi des bourses, c'est la cloison. Le mode de sa constitution a été très discuté. Les uns, avec Barrois et Charpy déclarent qu'elle est due à l'accolement des deux dartos des bourses droites et gauches et Barrois signale même entre les deux lames dartoïques une couche de tissu cellulaire où se perdrait le ligament suspenseur de la verge. D'autres, avec Sappey, considèrent qu'elle ne peut pas être formée par l'accolement des deux lames dartoïques, car elle serait

essentiellement constituée par des fibres de tissu élastique et conjonctif entremêlées.

Quoi qu'il en soit, cette cloison est résistante et élastique, et quand on sectionne en masse les enveloppes superficielles des bourses (peau, dartos, celluleuse), on la voit se rétracter vigoureusement entre les deux testicules et se coller contre le périnée. Elle contient d'ailleurs des vaisseaux importants et l'hémostase de sa tranche constitue un des temps principaux de l'opération.

Profitant de cette heureuse conformation anatomique, grâce à un artifice opératoire que nous décrirons plus loin, on peut reconstituer les bourses en solidarissant par une suture, cette cloison, point d'appui solide, avec, d'une part, les plans profonds du dartos, pris bien au-dessus des tranches de section des bourses, d'autre part, les parties les plus superficielles de l'enveloppe fibro-musculaire des testicules, et créer ainsi un suspensoir physiologique nouveau et solide, permettant au testicule de conserver toute sa mobilité dans sa loge celluleuse. Cette suture profonde, précédant la suture cutanéodartoïque, a aussi l'avantage d'assurer une hémostase plus parfaite, point très important. En outre, elle est isolée par le plan cutané des causes d'infection qui atteignent les sutures superficielles.

En résumé, non seulement résection mais *réfection* du scrotum dont nous verrons plus loin les détails de technique opératoire.

c) Pour remédier à l'orchidoptose, cette réfection du scrotum doit suffire. Cependant, on peut, après avoir réséqué et lié les veines variqueuses du cordon, nouer ensemble les fils de chacun des deux moignons de façon

à rapprocher les deux extrémités des veines sectionnées, et raccourcir ainsi d'autant le cordon.

Ce procédé remplit bien les conditions qu'exige la pathogénie du varicocèle et remédie aux lésions décrites avec les différents types cliniques.

Pour les varicocèles à lésions veineuses prédominantes, résection des paquets veineux là où ils se trouvent.

Pour les varicocèles à lésion scrotale et orchidoptose prédominantes, toujours d'abord résection veineuse indispensable et ensuite réfection d'un nouveau suspensoir physiologique.

Voyons maintenant la technique opératoire de ce procédé; nous indiquerons ensuite les résultats obtenus.

CHAPITRE IV

TECHNIQUE OPÉRATOIRE DÉTAILLÉE

ANESTHÉSIE

L'anesthésie locale à la cocaïne est à rejeter pour deux raisons :

La première, parce que l'opération complexe portant sur des parties très différentes des bourses nécessiterait une préparation d'anesthésie très longue et qui serait en général insuffisante.

La seconde, plus importante, est que la cocaïne détermine un spasme passager des vaisseaux du scrotum qui masque l'écoulement du sang des petites artérioles. Celles-ci se dilatent secondairement, une fois l'intervention terminée, et occasionnent fréquemment un hématome qui compromet le résultat opératoire, s'infecte facilement et prolonge la durée du traitement.

Il est préférable d'opérer sous anesthésie générale ou sous anesthésie rachidienne. C'est à ce dernier mode, sauf contre-indication, que nous donnons la préférence

en employant (1) une variante de la technique de Ionesco (anesthésie régionale par injection de 1 cc. de solution d'allocaine Lumière à 10 0/0 dans du sérum physiologique à 8 1/2 pour 1000 injectée sans extraction et sans barbotage entre la première et la deuxième lombaire, par voie médiane, avec une aiguille très fine).

SOINS PRÉLIMINAIRES

Soins préliminaires habituels : savonnage, rasage, et sur la table d'opération : désinfection du scrotum et de la région avoisinante à la teinture d'iode.

Petit détail important : glisser entre les cuisses du sujet, au ras du périnée, un gros tampon de compresses, puis lui faire serrer les jambes de façon à :

1° Remonter le scrotum ;

2° Recueillir le sang pour éviter les souillures à distance du champ opératoire (face interne des cuisses, périnée, etc...)

Les bourses sont exposées sur un champ fendu dont l'angle supérieur est fixé sur le raphé médian de la racine de la verge, l'angle inférieur sur le raphé médian de la racine des bourses, ces deux points servant de repère pendant l'intervention.

OPÉRATION

1^{er} Temps. Résection du scrotum (figure I).

a) *Etalement des enveloppes des bourses.* — Le raphé médian est tendu à la manière de Mignon, par 4 pinces

(1) BROUSSE, *Thèse de Lyon* 1920.

tenues en éventail par les doigts écartés des mains de l'aide. La traction doit être plus forte sur les pinces inférieures que sur les supérieures, car le chirurgien peut sectionner ainsi la peau des bourses de plus en

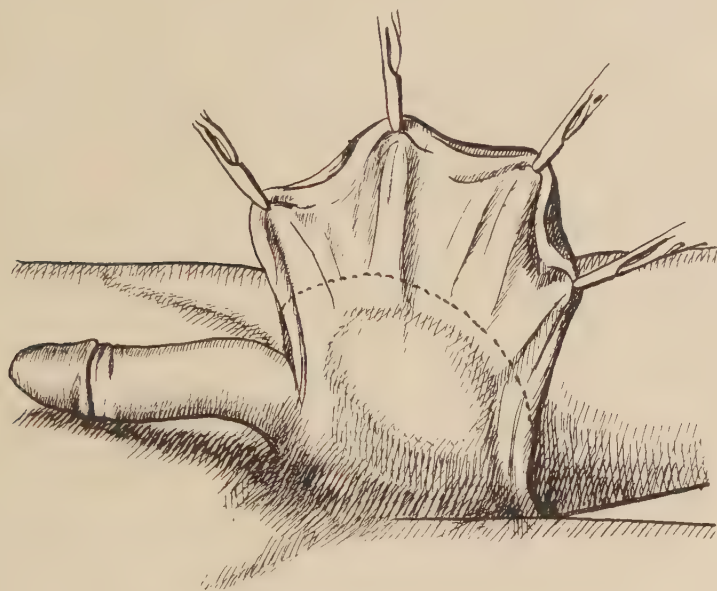


FIGURE I

Étalement des enveloppes des bourses.
En pointillé, tracé de la résection.

plus ras à mesure que l'on s'approche du périnée. Une fois que les lèvres de la plaie ainsi créée seront suturées, les testicules seront soutenus relevés vers le pubis. Au contraire, la peau située immédiatement sous le raphé de la verge doit être modérément tendue, de façon qu'après la suture, l'érection ne soit pas gênée.

b) Résection scrotale. — Le chirurgien, de sa main

gauche, entre le médius et l'index refoule les testicules contre le pubis et, avec des ciseaux courbes, coupe au ras de ses doigts, la peau étalée en éventail.

Les testicules revêtus de leur fibreuse commune tombent au milieu de la plaie dont les lèvres sont écartées par des pinces latérales. On les soutient et protège par des compresses.

2° *Temps. L'Hémostase.* — L'hémostase comprend deux phases bien distinctes qui sont une des caractéristiques du procédé.

a) On fait d'abord l'hémostase de la cloison retirée au loin entre les deux testicules et collée au périnée. Il faut, en général, 4 pinces de Kocher qu'on laisse en place provisoirement.

b) On procède ensuite à l'hémostase très soignée des tranches latérales et des surfaces cruentées sans laisser le moindre suintement sanguin. Une vingtaine de pinces sont nécessaires pour ce second temps hémostatique; on utilise des pinces d'un modèle différent (de Terrier par exemple) pour les différencier facilement des précédentes placées sur la cloison.

c) On remplace les pinces par des ligatures (Fig. II) :
Ligatures au catgut très fin en formant de très petits pédicules sur les pinces de Terrier.

Ligatures au catgut moyen passées à l'aiguille et faites au milieu d'un long fil sur les vaisseaux de la cloison. Les deux extrémités de ce fil sont repérées par une pince. Quand toutes les ligatures de la cloison sont finies, on a ainsi 4 ou 5 haubans qui assurent l'hémostase de la tranche de cette cloison et qui permettent de tirer

celle-ci en avant. Les pinces repères sont provisoirement mises à l'abri sous une compresse.

3° Temps. Temps de la résection veineuse. — Elle porte soit sur les troncs principaux du cordon, soit sur les paquets variqueux juxta-épididymaires suivant les cas

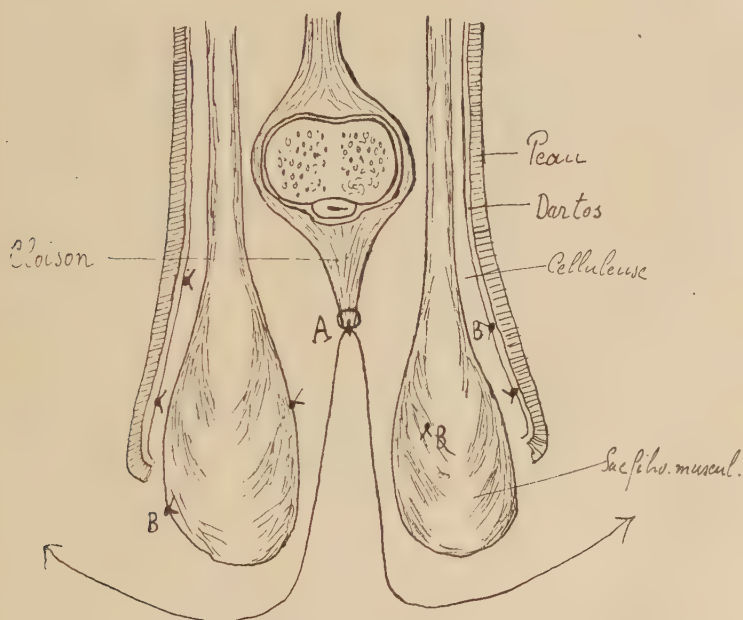


FIGURE II

Hémostase pour les 2 séries de fils.

- A. — Ligature d'un pédicule artériel de la cloison avec conservation des deux chefs du fil.
- B. B. — Ligatures coupées au fil fin de tous les points saignants.

signalés plus haut. Les veines dilatées sont isolées à la sonde cannelée afin d'éviter la section de l'artère spermatique qui ne nous paraît pas sans importance malgré

l'opinion contraire de certains auteurs. Les veines isolées sont réséquées sur une hauteur de 5 ou 6 centimètres, les deux bouts liés et ramenés au contact par un nœud fait avec un des deux chefs de chacun des fils à ligature des deux bouts afférents et efférents. Ce temps raccourcit d'autant le cordon dont les autres éléments se plissent. Quand on se décide à réséquer les paquets variqueux périépididymaires, il n'y a pas lieu de dissocier avec autant de soins les éléments veineux puisque à ce niveau ils ne sont plus accompagnés de l'artère spermatique qui a pénétré dans le pôle supérieur du testicule. Il convient seulement de bien repérer le déférent afin de ne pas le sectionner.

4° *Temps. Réfection du scrotum.* — Temps très important qui comprend deux parties.

1° Le chirurgien reprend les ligatures de la cloison laissées de côté au 2° temps, en commençant par la plus basse. Chargeant l'un des chefs de la ligature sur une aiguille de Doyen il passe ce chef :

a) Dans la fibro-musculaire d'un testicule ;

b) Dans les couches profondes dartoïques de la partie correspondante du scrotum sans intéresser la peau (Fig. III).

Même opération avec l'autre chef de la même ligature pour la bourse du côté opposé. Les testicules sont maintenus en place par les doigts de l'aide et les deux chefs sont noués ensemble amorçant ainsi la reconstitution des deux loges testiculaires (Fig. IV).

Cette manœuvre est répétée autant de fois que l'on a placé de ligatures au premier temps sur la cloison mé-

diane. Les deux testicules sont alors, de cette façon,

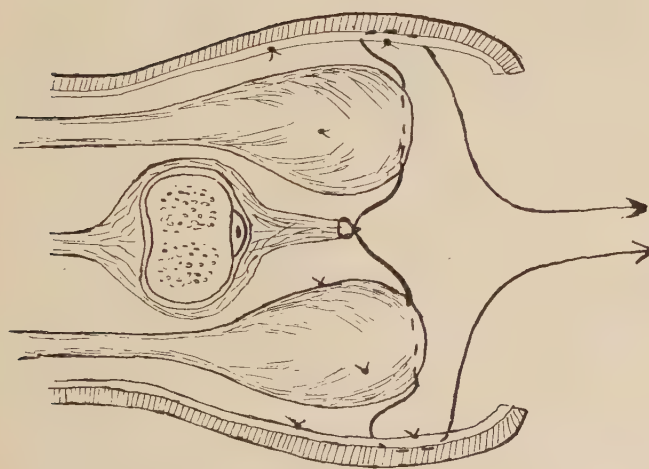


FIGURE III

Passage des haubans partant de la suture hémostatique de la cloison dans les bords latéraux du scrotum.

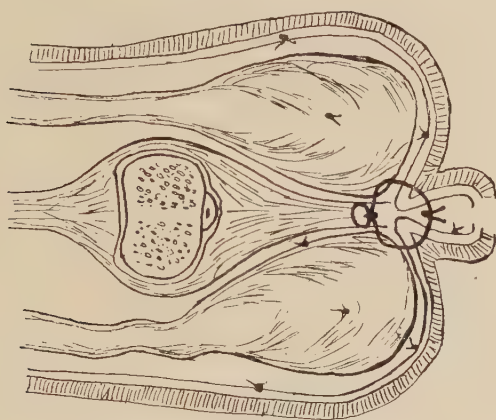


FIGURE IV

Effets du serrage des fils profonds passés suivant la technique du dessin précédent.

remontés et contenus dans deux loges séparées et fermées.

II. — Il reste à pratiquer la suture de la peau doublée du dartos, extrêmement facile à faire, puisque la suture profonde a déjà ramené les lèvres cutanées presque au contact. Il suffit de quelques agrafes pour les y maintenir, en évitant le recroquevillement de la peau qui compromettrait l'adhérence de la suture (Fig. V).

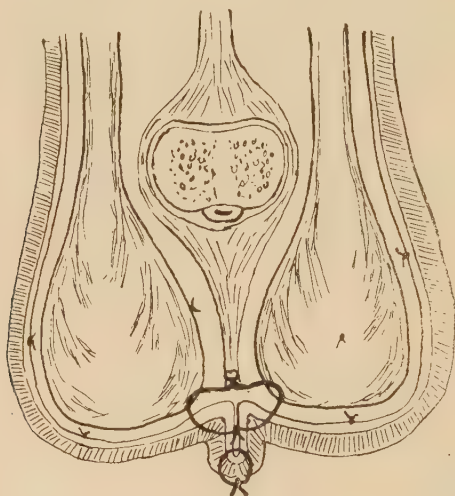


FIGURE V

Suture complète en deux plans.

Cette suture en deux plans présente trois avantages :

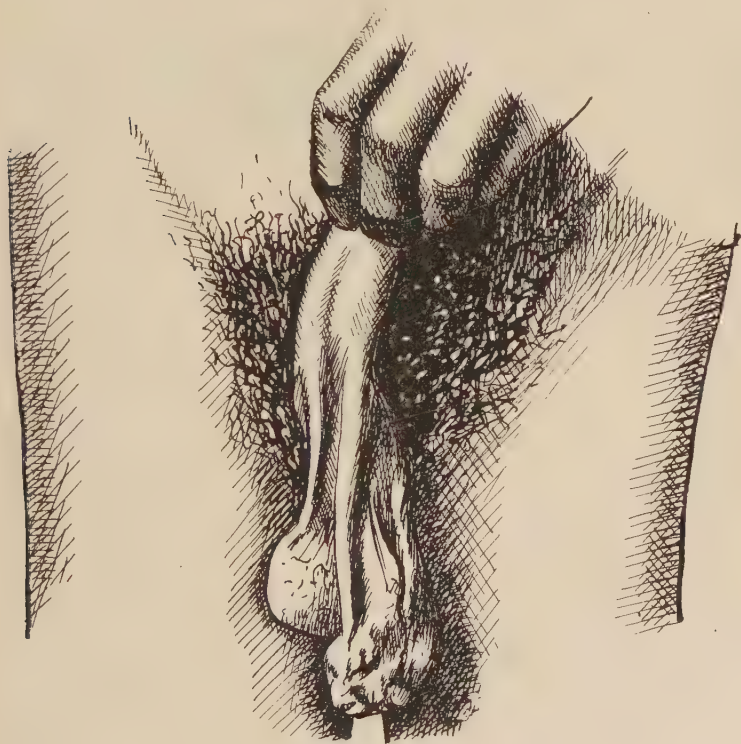
1° Elle permet de reconstituer les loges scrotales avec des tissus élastiques prenant un point d'appui solide sur la cloison ;

2° Il ne se produit jamais d'hématome dans la loge scrotale reconstituée, et si quelque chose saigne, ce ne peut être qu'entre les deux plans de suture. Ainsi, la suture la plus importante, celle qui reconstitue vraiment la loge élastique testiculaire, n'est pas compromise ;

3° Enfin, si l'hématome venait à s'infecter, l'infection resterait localisée sous la peau. La vidange de l'hématome ne nécessiterait pas la désunion de la suture profonde, et par conséquent, ne compromettrait pas la solidité du nouveau suspensoir physiologique créé par l'intervention.

RÉSULTATS

Cette technique est en réalité très simple à exécuter,
plus facile qu'à exposer dans ses détails.



F. J..., Salle 5, Desgenettes. Lit n° 2 Le 8/2/21.
D'après photographie.

Les résultats immédiats sont excellents; nous avons pu en juger par les cas que nous avons suivis à l'hôpital Desgenettes. Pas de symptômes douloureux, les testicules bien en place jouent librement dans des bourses normales et bon résultat esthétique, point que les opérés apprécient particulièrement.

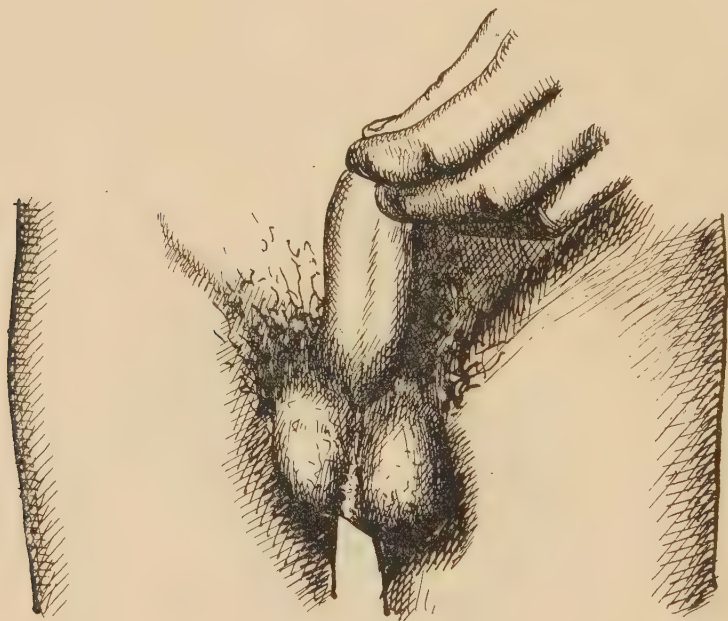


FIGURE VII

F. J., le 29/2/21, après cure radicale par le procédé Plisson. D'après photographie.

Pour les résultats éloignés, M. le Médecin-Major Plisson, qui pratique sa méthode depuis plusieurs années, nous a déclaré que sur une quarantaine d'opérés, il n'en a revu aucun, sauf deux gênés par un petit noyau fibreux dû au rapprochement des deux bouts des veines réséquées et disparu à la longue.

« On pourrait, dit-il, nous reprocher de n'avoir pas constaté de visu tous les résultats éloignés de plus de trois mois de nos opérations, chose presque impossible, en raison de la clientèle spéciale que nous opérons et que nous ne pouvons pas suivre après sa sortie de l'hôpital. Quoi qu'il en soit, dans de nombreux cas, nous avons pu constater les résultats après deux ou trois mois, ils étaient parfaits. »

Et pour qui connaît la mentalité spéciale d'un porteur de varicocèle « tumeur pleine de sang mélancolique », disait A. Paré, il est facile de comprendre que les anciens opérés non satisfaits n'auraient pas manqué de se plaindre à leur chirurgien.

CONCLUSIONS

I. — Le varicocèle est une affection très fréquente dans l'armée; les chirurgiens militaires sont souvent sollicités pour une intervention.

II. — Parmi les nombreuses variétés de varicocèles constatées chez les jeunes gens, deux formes cliniques sont particulièrement indiquées pour une cure chirurgicale :

a) Les grands varicocèles, avec grosses dilatations des veines du cordon, et allongement permanent des bourses (opération principalement esthétique) ;

b) Les varicocèles moyens, avec dilatations veineuses variables, scrotum encore élastique et distendu seulement à l'occasion de la fatigue : forme souvent gênante et quelquefois douloureuse.

III. — Les procédés opératoires employés pour la cure du varicocèle sont extrêmement nombreux, mais aucun d'eux n'est à l'abri de tout reproche.

IV. — Tout procédé de cure du varicocèle doit, en principe, être basé sur la conception pathogénique qui met à l'origine de cette affection la distension des veines du cordon et qui doit faire considérer seulement comme

lésions secondaires l'allongement du cordon, l'atrophie du testicule et la distension du scrotum.

V. — C'est en se basant sur ces notions que nous proposons le procédé Plisson, dont les temps principaux sont :

1° Résection des veines variqueuses, soit dans le cordon, soit autour de l'épididyme, suivant les cas ;

2° Raccourcissement du cordon par rapprochement des deux bouts des veines sectionnées ;

3° *Résection*, suivie de *réfection* du scrotum, par suspension des bords de celui-ci à la cloison des bourses et par fermeture de ces bourses en deux plans de suture.

VI. — Les résultats immédiats et éloignés de ce procédé, facile à exécuter, qui évite les deux complications si fréquentes dans la cure du varicocèle : hématome et infection, paraissent devoir le faire recommander en particulier chez les jeunes sujets sur lesquels l'auteur du procédé l'a exclusivement expérimenté.

Le Président de la Thèse,

VILLARD.

Vu :

LE DOYEN,

JEAN LEPINE.

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le 21 avril 1921,

POUR LE RECTEUR ET PAR DÉLÉGATION :

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,

L. JOSSERAND.

BIBLIOGRAPHIE

- ANNEQUIN. — La cure du varicocèle par la résection bilatérale des tuniques du scrotum (*Dauphiné méd.*, 1894, p. 49-58).
- BONNARDOT. — La voie inguinale dans les opérations portant sur les organes intrascrotaux (*Thèse de Lyon*, 1919-20).
- BROUSSE. — Contribution à l'étude de la rachi-analgésie (*Th. de Lyon*, 1919-1920).
- Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, (Séance du 27 février 1889, p. 175-186); Discussion sur un rapport de M. Paul Segond : Impuissance congénitale, guérie par l'opération du varicocèle par M. le Docteur Jamin.
- CONDO DI SATRIANO. — Traitement du varicocèle par le procédé de Parona (*Thèse de Montpellier*, 1905).
- DOUMENGUE. — Varicocèle de la queue de l'épididyme (*Thèse de Paris*, 1875).
- ESCALIER. — *Mém. de la Soc. de Chir.*, 1849-1850, t. II, p. 66.
- FORGUE et RECLUS. — Traité de thérapeutique chirurgicale : varicocèle, tome II.
- GUY DE CHAULIAC. — *Ed. de Lyon*, 1642, p. 171.
- HORTELOUP. — Du traitement du varicocèle par la résection du scrotum et des veines funiculaires (*Acad. de méd.*, 1885).

LANDOUZY. — Du Varicocèle (*Thèse de Paris*, 1838).

MIGNON. — Les principales affections chirurgicales dans l'armée. Varicocèle (Masson, 1910).

NARATH. — Cure radicale du varicocèle par résection veineuse dans le canal inguinal (*Sem. médicale*, 1900, p. 60).

PARÉ A. — Ed. Malgaigne, 1840, t. I, p. 91 (introduction).

PIETREMENT. — De la nécrose du testicule consécutive à la cure radicale du varicocèle (*Thèse de Lyon*, 1900-1901).

PLISSON. — Cure du varicocèle (*Société de méd. milit. française*. Bulletin bi-mensuel, 2 mai 1912, N° 9). Discussion.

— Au sujet du trait. chir. du varicocèle (*Société de méd. milit. du Val-de-Grâce*, avril 1921, en cours de publication).

SEBILEAU et DESCOMPS. — Article varicocèle dans le *Nouveau Traité de Chirurgie de Le Dentu et Delbet*, 1916, tome XXXII.

WICKHAM. — De la cure radicale du varicocèle (*Thèse de Paris*, 1885).
